 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page <b>1 sur 1</b>

**TYPE DE PERSONNEL** : Contrôleur aérien  
**CLASSE** : 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ASECNA  
**ADRESSE** : Guinea - Bissau

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <u>ALVES DA SILVA</u> Prénom : <u>Victorina Raül</u> Nationalité : <u>BISSAU - GUINEEN</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>04/10/1999</u> à : <u>Guinea - Bissau</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>17/12/2025 - AMS</u> Adresse : <u>Bissau, Guinea - Bissau</u> Téléphone : <u>+245 955013414</u> email : <u>Victorinasilva855@gmail</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Vous avez été déclaré : ☒ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☒ OUI ☐ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

	Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres		

**Déclaration du personnel aéronautique** : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique


17/12/2025

Victorina

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

HTA Faible



 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>		<b>SN-SEC-MED-FORM-02-A</b>	
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : <i>Alves da Silva</i>		Prénoms : <i>Victorins Rail</i>		Date de naissance <i>04/10/1990</i> (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance : <i>Binar, Guinée-Bissau</i>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>169</i> cm	(203) Poids <i>61</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Marr</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <i>093</i> Diastolique <i>71</i>		(207) Pouls au repos Pulsations <i>74</i> Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<i>d</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>x</i>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>d</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	<i>d</i>		(220) système génito-urinaire	<i>d</i>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>d</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>d</i>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>d</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>d</i>	
(213) Yeux - pupilles	<i>d</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>d</i>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>d</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>d</i>	
(215) Poumons, thorax, seins	<i>d</i>		(225) Psychiatrie	<i>d</i>	
(216) Cœur	<i>d</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>d</i>	
(217) Système vasculaire	<i>d</i>		(227) Etat général	<i>d</i>	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
*Contre-indi. Avenir venant d'un qualifié A.N.S. 87 ans. Celib-ocult.*  
*Tolérance = 0. Alc = 0. Spant = 0. III = 0.*

**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	<i>16</i>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<i>16</i>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<i>16</i>	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui Non	Oui Non
Œil droit	<i>d</i>		
Œil gauche	<i>d</i>		
Vision binoculaire	<i>d</i>		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			<i>18-19 2021</i>	<i>d</i>
(239) Audiogramme			<i>18-19 2021</i>	<i>d</i>
(240) Examen Ophtalmologique			<i>18-19 2021</i>	<i>d</i>
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				





Agence Nationale de  
l'Aviation  
Civile et de la Météorologie

## FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date  
d'application :  
10/06/2017

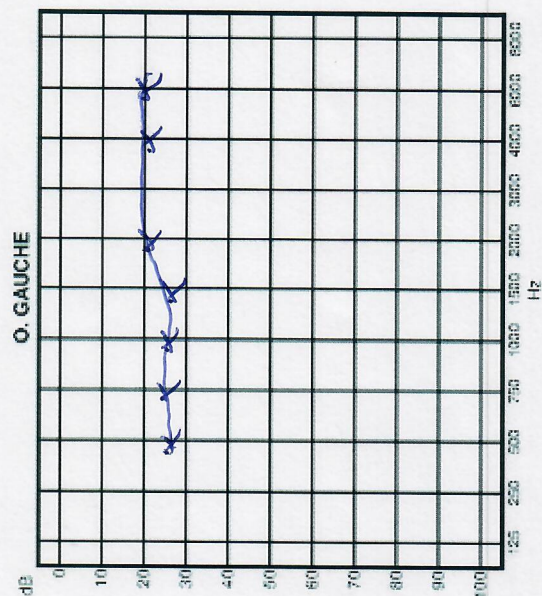
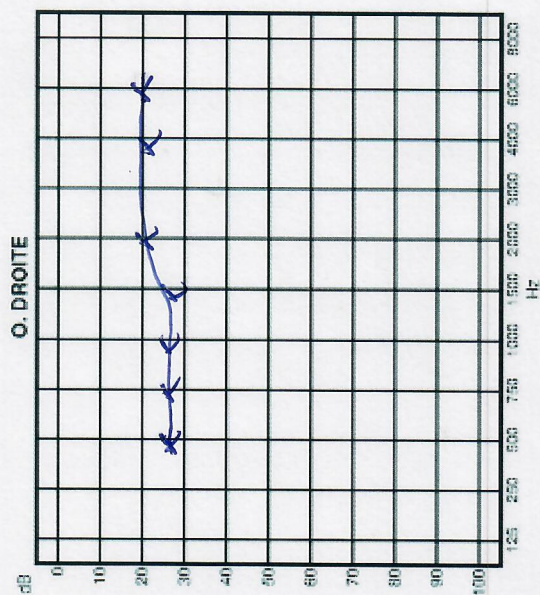
Page  
2 sur 2

(231) <b>de près</b>		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(232) <b>Lunettes</b>		(233) <b>Lentilles de contact</b>			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) <b>Perception des couleurs</b>		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>			
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA			
Nombre de tables présentées 19		Nombre d'erreurs 0			
(234) <b>Audition</b> (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé					
		Oreille droite	Oreille gauche		
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000 6000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) <b>Fonction respiratoire</b>		(237) <b>Hémoglobine</b>			
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		12,5 (g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
(248) <b>commentaires, limitations :</b>					
Apte classe 3 → 31-12-2027					
(249) <b>Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé</b>					
Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.					
(250) Lieu et date		Nom et adresse du médecin agréé		Cachet et signature	
19-12-2025		3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	



Date : 17/12/2025  
Nom : Alex da Silva  
Prénom : Victoria Raul  
Date de Naissance : 04/10/1999

## AUDIOGRAMME





 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **VICTORINA RAUL ALVES DA SYLVA**

Né(e) le : **04/10/1999** à **GUINEE BISSAU**... Age : **26 ANS**.....

Demeurant : **.....ASECNA BISSAU**.....

**REPOND**..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **18/11/25**

Limite de validité : **31/12/27** Durée de validité : **...2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

.....

Signature et cachet

*(Signature and stamp of Dr. Patrick Correa, SN-MED-004, AGAC N°3857 - FAA-00773)*

*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.*

*Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.*